

Νεογνά υπολειπόμενης ανάπτυξης

Χριστόφορος Ανδρέου, Μαιευτής Μ.Ε.Ν.Ν. Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ".

Προς τη Συντακτική Επιτροπή
του περιοδικού "ΕΛΕΥΘΩ"

Αθήνα, 9 Ιανουαρίου 2004

Κύριοι,

Με την εργασία μου αυτή που αφορά τα νεογνά υπολειπόμενης ανάπτυξης, ελπίζω να συμβάλω κι εγώ στην αναβάθμιση του τόσο ποιοτικού περιοδικού μας, με την παρουσία του οποίου ενημερωνόμαστε σε σημαντικά θέματα μέσω εξειδικευμένων άρθρων και πρωτότυπων εργασιών. Προσπάθησα μέσω Ελληνικής και Ξένης Βιβλιογραφίας να συνοψίσω σε λιγότερο από 900 λέξεις ένα τόσο σημαντικό θέμα και να το παρουσιάσω όσο πιο απλά και κατανοητά μπορούσα. Ευελπιστώ σε δημοσίευση της εργασίας μου, για να προσεγγίσουν όλοι οι Συνάδελφοι ένα τόσο ευαίσθητο ζήτημα.

Με εκτίμηση
Χριστόφορος Ανδρέου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας που αφορούν τη νεογνική και βρεφική περίοδο, αποτελούν αδρούς αλλά ευαίσθητους δείκτες του υγειονομικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου μιας χώρας. Λόγω του έντονου δημογραφικού προβλήματος της Ελλάδας, αλλά και της ευαισθησίας ενός τέτοιου ζητήματος, θα πρέπει όλες οι σχετιζόμενες ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας να στρέψουν το ενδιαφέρον τους προς τη μείωση αυτών των δεικτών.

Το υπολειπόμενο βάρος γέννησης των νεογνών αποτελεί μια από τις σοβαρότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, κυρίως λόγω των προβλημάτων που επιφέρει.

ΟΡΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας), το υπολειπόμενο βάρους γέννησης νεογνό (small for gestational age infant) χαρακτηρίζεται από βάρος σώματος μικρότερο της 10ης εκατοστιαίας θέσης του αναμενόμενου βάρους για την ηλικία της κύησης. Παρατηρείται με συχνότητα 4-8% στις αναπτυγμένες χώρες και με συχνότητα που προσεγγίζει το 30% στις αναπτυσσόμενες. Ιδιαίτερη επιβάρυνση παρουσιάζει η ομάδα των πρόωρων νεογνών υπολειπόμενου βάρους γέννησης σε σχέση με τα τελειόμηνα νεογνά υπολειπόμενου βάρους γέννησης (σχεδόν πενταπλάσια περιγεννητική θνησιμότητα).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Τα αίτια της υπολειπόμενης ανάπτυξης

σχετίζονται τόσο με τη μητέρα όσο και με την ίδια την εμβρυοπλακουντιακή ομάδα. Από την πλευρά της μητέρας έχουμε:

1. Μικρή ηλικία της εγκύου που επιπλέκεται στο 15,9% των περιπτώσεων.

2. Κατανάλωση καπνού λόγω της αναπυσσόμενης ανθρακυλαιμοσφαιριναιμίας και της άμεσης αγγειοσυσπαστικής δράσης της νικοτίνης. Υπολειπόμενη ανάπτυξη παρατηρείται, συνήθως, όταν καταναλώνονται περισσότερα των 8-10 τσιγάρων ανά 24ωρο.

3. Λήψη φαρμάκων, τοξικομανία, αλκοολισμός κλπ.

4. Κακή υγεινοδιαιτητική αγωγή και μειωμένη πρόσληψη βάρους, όταν η μητέρα στην αρχή της κύησης ζύγιζε <60 Kgr και αύξησε το βάρος της κατά την κύηση σε λιγότερο από 5 Kgr.

5. Υπερτασική νόσος στην κύηση, αγγειοπάθεια και νεφροπάθεια, σιδηροπενική αναιμία χρόνια ή εμφανιζόμενη στην κύηση.

Από την πλευρά της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας οι συνηθέστερες αιτίες είναι:

1. Ανωμαλίες στο σχήμα, ανεπάρκεια καθώς και εκφυλιστικές αλλοιώσεις του πλακούντα.

2. Λοιμώξεις και φλεγμονές (ερυθρά, μυκοπλάσμωση, ανεμευλογιά κλπ.)

3. Ανωμαλίες της διάπλασης του εμβρύου ή χρωματοσωμικές ανωμαλίες αυτού.

4. Πολύδυμη κύηση, προδρομικός πλακούντας, ολιγάμνιο.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Όλες αυτές οι αιτίες, καθεμιά ξεχωριστά αλλά και σε συνδυασμό, συντελούν στην υπολειπόμενη ανάπτυξη, που κι αυτή με τη σειρά της επιφέρει σημαντικά προβλήματα στο έμβryo-νεογνό. Οι κυριότερες επιπτώσεις είναι:

1. Εμβρυϊκή δυσφορία (fetal distress)

που παρουσιάζεται στον καρδιοτοκογράφο ως παρατεταμένη εμβρυϊκή βραδυκαρδία (<95-100 σφύξεις/min) και οφείλεται κυρίως στην πλακουντιακή ανεπάρκεια.

2. Νεογνική υπογλυκαιμία ή νεογνική υπασβεστιαίμια, που εμφανίζονται στις πρώτες ώρες της ζωής του νεογνού με τη μορφή σπασμών, απνοϊκών επεισοδίων και ευρύτερης αναπνευστικής δυσχέρειας.

3. Υποθερμία (λόγω ανεπάρκειας του υποδορίου λίπους), πολυερυθραιμία, επιρρέπεια σε λοιμώξεις, σύνδρομο υαλοειδούς μεμβράνης (σε συνδυασμό με την προωρότητα).

4. Νεκρωτική εντεροκολίτιδα, που προσβάλλει κυρίως τα νεογνά με βάρος γέννησης <1.500 gr συνήθως τη 2η έως και την 20ή ημέρα της ζωής τους. Συναντάται με συχνότητα 8-12% στις Μ.Ε.Ν.Ν., ενώ συχνότερα εμφανίζεται και σε νεογνά με σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, με συγγενείς καρδιοπάθειες ή λοίμωξη.

5. Όψιμες επιπλοκές, όπως η καθυστερημένη σωματική και πνευματική ανάπτυξη σε ηλικία 9-11 εβδομάδων.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Όλα τα παραπάνω οδηγούν σε αυξημένο ποσοστό νεογνικής θνησιμότητας, που ανάλογα και με την ηλικία κύησης ανέρχεται έως και στο 9,5%. Έτσι, η πρόληψη καθίσταται απαραίτητη μιας και είναι η σημαντικότερη λύση για την αντιμετώπιση των προβλημάτων, που επιφέρει η υπολειπόμενη ανάπτυξη των νεογνών. Έτσι:

1. Εξάλειψη των αιτιών όπου είναι εφικτό (σωστή διαιτητική αγωγή, διακοπή καπνίσματος, διόρθωση αναιμίας).

2. Εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων (NST, βιοφυσικό προφίλ) για την κατάσταση του εμβρύου, την ωριμότητα του πλακούντα και την ποσότητα του αμνιακού υγρού.

3. Εργαστηριακός έλεγχος γλυκόζης, ασβεστίου και αερίων αίματος, καθώς και μέτρηση της Αρτηριακής Πίεσης (Α.Π.) και της ποσότητας των ούρων του νεογνού για την αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας, της υπασβεστιαμίας, της οξέωσης και της ολιγουρίας ή ανουρίας.

4. Εκτέλεση τοκετού σε οργανωμένο μαιευτικό κέντρο με Μ.Ε.Ν.Ν. και ύπαρξη νεογνολόγου για την ανάνηψη, με έτοιμα υλικά για τη διασωλήνωση.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗ

Η παρουσία της μαίας και του μαιευτή είναι σημαντική σε ό,τι αφορά τόσο τον τομέα της πρόληψης, όσο κι αυτόν της παρακολούθησης και νοσηλείας του νεογνού στις Μ.Ε.Ν.Ν.

Έτσι:

1. Λήψη πληρέστατου ιστορικού της εγκύου ώστε να γίνουν γνωστές οι καθημερινές της συνήθειες (κάπνισμα, αλκοόλ), παλαιότερες γυναικολογικές επεμβάσεις, προβλήματα προηγούμενων κυήσεων ή ύπαρξη μεταβολικών νοσημάτων.

2. Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων της εγκύου (κυρίως της Α.Π.), αλλά κι εξέταση αυτής σε κάθε επίσκεψη.

3. Τοποθέτηση του νεογνού σε θερμοκοιτίδα και ρύθμιση της θερμοκρασίας ανάλογα με το βάρος και την ηλικία της κύησης.

4. Χορήγηση O_2 σε υποξία κι έγκαιρος εντοπισμός αυτής με συχνή λήψη αερίων αίματος και παρακολούθηση με παλμικό οξύμετρο.

5. Στενή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του νεογνού αλλά και σύνδεση αυτού με monitor, όπου καταγράφεται η καρδιακή και αναπνευστική του λειτουργία με σκοπό την έγκαιρη παρακολούθηση μεταβολών.

6. Άμεση ενημέρωση του νεογνολόγου σε αιφνίδια θερμοκρασιακή αστάθεια, σε βραδυκαρδία, σε άπνοια και γενικά οποτεδήποτε παρουσιάζεται επιδείνωση της κλινικής εικόνας του νεογνού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Alistair W.F. Miller and Robin Callender:** *Obstetrics Illustrated. Churchill Livingstone, 1989.*
2. **Αντωνιάδης Σ.Χ.:** Στοιχεία Νεογνολογίας, *Ιατρικές Εκδόσεις "Πασχαλίδη", Αθήνα, 2000.*
3. **Γεωργακόπουλος Π.Α.:** Επιτομή Μαιευτικής, Γυναικολογίας και Νοσηλευτικής, *Επιστημονικές Εκδόσεις "Γρ. Παρισιάνος", Αθήνα, 1993.*
4. **Ζηκόπουλος Κ., Παρασκευαΐδης Ε., Στέφος Θ., Τσανάδης Γ., Δασκαλίτσης Ν., Πώλης Δ.:** Οι υπερπολυτόκες εξακολουθούν ν' αποτελούν πρόβλημα; *"Γαλήνως", 1992.*
5. **Καρπάθιος Σ.Ε.:** Βασική Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία. *Ιατρικές Εκδόσεις "Γιαννακόπουλος", Αθήνα, 1988.*
6. **Cloherly J.P., Stark A.R.:** Manual Νεογνολογίας. *Εκδόσεις "Λίτσα", Αθήνα, 1993.*
7. **Lambrou N.C., Morse A.N., Wallach E.E.:** The John's Hopkins Manual Gynecology and Obstetrics. *Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 1999.*
8. **Μαλαμίτση Α., Παπαντωνίου Ν.:** Περιγεννητική αντιμετώπιση εμβρύων-νεογνών βάρους < 1.000 gr. *Εφηβική Γυναικολογία, Αναπαραγωγή και Εμμηνοπαύση, σελ. 155-159, 1990.*
9. **Μαμόπουλος Μ.:** Κύηση υψηλού κινδύνου. *Εκδόσεις "Σιώνη", Αθήνα, 1988.*
10. **Νικολόπουλος Δ.Α.:** Καθυστερήση της ενδομήτριας αυξήσεως του εμβρύου. *Ιατρική (τ. 2061), σελ. 567-574, 1992.*
11. **Witter F.R.:** Perinatal mortality and intrauterine grown retardation. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 5(1), p:56-59, 1993.*